

Le projet S.A.F.E (Safe Assessment for Everyone ou Évaluation de sécurité pour tous) concerne votre bien-être. Veuillez prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. Toutes les réponses seront confidentielles.

1. Comment votre partenaire vit-il la grossesse ? Cochez toutes les cases appropriées :
 heureux en colère refuse de s'impliquer incertain
2. Votre partenaire a-t-il déjà essayé de vous dissuader d'utiliser votre moyen de contraception ou vous a-t-il empêché de prendre votre moyen de contraception ? (pilule, préservatif, injection, etc.) oui non
3. Votre partenaire vous oblige-t-il parfois à avoir des rapports sexuels lorsque vous ne le souhaitez pas ?
 oui non
4. Vous sentez-vous en sécurité chez vous ?
 À l'école ? oui non
 Au travail ? oui non
5. Avez-vous une relation avec quelqu'un qui vous menace verbalement ou vous fait peur ?
 oui non
6. Avez-vous une relation avec quelqu'un qui est possessif ou essaie de vous contrôler vous et vos enfants ?
 oui non
7. Avez-vous une relation avec quelqu'un qui vous a déjà blessée (coups, claques, vous pousse, vous secoue ou vous jette des objets) ?
 oui non
8. Savez-vous où vous pourriez aller, ou qui pourrait vous aider, si vous craigniez d'être blessée (maltraitée) ?
 oui non

Si vous souhaitez parler de ce sujet à quelqu'un, parlez-en à votre infirmière.

Nom _____

Date _____



© Il est impératif d'obtenir une permission par écrit de la part du gestionnaire du projet avant toute utilisation ou reproduction de ce formulaire ou tout autre donnée du Projet S.A.F.E. - Columbus Coalition Against Family Violence, 655 East Livingston Avenue, Columbus, OH 43205, 614/722-5985, www.ccafv.org
Project S.A.F.E.-Department of Maternal Fetal Medicine, The Ohio State University Medical Center

